VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 33)
z dnia 28 czerwca 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 33)

28 czerwca 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, oraz **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– przyjęcie opinii dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w sprawie Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2011 r.

– informacja Ministra Zdrowia na temat medycyny rodzinnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Sopliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw pacjenta wraz ze współpracownikami, **Beata Elsner-Traczyk** naczelnik wydziału w Departamencie Ekonomiczno–Finansowym i **Krzysztof Klichowicz** kierownik Sekcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Stomatologii w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Paulina Miśkiewicz** dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, **Konstanty Radziwiłł** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Maciej Godycki-Ćwirko** prezes zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wraz ze współpracownikami oraz **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę państwa, otwieram kolejne posiedzenie Komisji. Na początek proponuję, w porozumieniu z prezydium Komisji, uzupełnić to posiedzenie o punkt dotyczący przyjęcia opinii Komisji Zdrowia w sprawie „Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w roku 2011". Pamiętają państwo – wczoraj wysłuchaliśmy tego sprawozdania. Dzisiaj odczytam tylko treść opinii.

Opinia nr 4. Komisja Zdrowia uchwaliła na posiedzeniu w dniu 27 czerwca 2012 r. odpowiednie sprawozdanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. „Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu 27 czerwca 2012 r., rozpatrzyła Sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli za rok 2011 – druk nr 485 – w zakresie działalności Komisji i nie wnosi uwag ani wniosków".

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że Komisja podjęła taką uchwałę. Nie słyszę sprzeciwu. Podjęliśmy tę uchwałę. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do realizacji drugiego punktu, który dotyczy informacji ministra zdrowia na temat medycyny rodzinnej. Poproszę pana ministra o przedstawienie informacji dotyczącej problematyki medycyny rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej. Państwo posłowie otrzymali stosowne materiały, zarówno od ministra zdrowia, jak i od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę uprzejmie, panie ministrze, o krótkie przedstawienie wniosków dotyczących tej informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, tak jak na wstępie pan przewodniczący zauważył, medycyna rodzinna obchodzi w tym roku 20-lecie swojej dziwności. Dlatego należy zwrócić uwagę na to, jak przez te 20 lat działała medycyna rodzinna, na jakiej podstawie prawnej i jakie są perspektywy, jeżeli chodzi o tę medycynę.

Chciałbym powiedzieć, że do najważniejszych zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej należy koordynacja i współpraca z pielęgniarką i położną POZ-u oraz innymi świadczeniodawcami. Medycyna rodzinna ma również zadania z zakresu zdrowia publicznego. Jest to edukacja zdrowotna, okresowa ocena stanu zdrowia, udział w realizacji programów zdrowotnych, w tym – co chciałbym podkreślić – obowiązkowych badań przesiewowych, a także koordynacja szczepień obowiązkowych oraz zalecanych. W zakresie diagnostyki i leczenia, jest to przede wszystkim kierowanie na pewne badania, które – w myśl rozporządzenia – leżą w gestii lekarza rodzinnego.

Świadczenia gwarantowane obejmują zarówno świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak i świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Chciałbym przypomnieć, jakie są to świadczenia. Są to porady lekarskie, porady patronażowe, badania bilansowe i szczepienie ochronne, o których mówiłem. Wykaz świadczeń jest również określony dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia gwarantowane opieki zdrowotnej obejmują zarówno poradę udzielaną w warunkach ambulatoryjnych, w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniodawcą, jak i świadczenia udzielane przez pielęgniarkę i położną.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku przez określony czas – w godzinach od 8.00 do 18.00 – z wyłączeniem dni ustawowo wolnych. Natomiast, jeżeli jest to POZ, tak zwana filialna, może mieć inne godziny przyjęć. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ramach tak zwanej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są oddzielnie kontraktowane i udzielane w godzinach od 18.00 do 8.00.

Jak wygląda zabezpieczenie kadry lekarskiej dla podstawowej opieki zdrowotnej? Dzisiaj jest ciągle niewystarczające, pomimo, iż liczba lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej ciągle rośnie – w 2002 r. było to 6,5 tys. lekarzy, natomiast obecnie jest ich ponad 10 tys., co stanowi wzrost o około 58,5%.

Jakie są potrzeby optymalnego zabezpieczenia kadry lekarskiej dla podstawowej opieki zdrowotnej? Jest to około 20 tys. lekarzy rodzinnych. Lekarze rodzinni pełnią wiodącą rolę w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. W latach 2008-2011 liczba przyznawanych miejsc szkoleniowych wynosiła w 2008 r. 1664 – przyznano 550 rezydentur, natomiast w 2008 r. nie było chętnych do specjalizacji i nastąpiło 286 zwrotów. W 2009 r. przyznano 497 rezydentur, było 257 zwrotów. W 2010 r. było 127 zwrotów na przyjętych 305 rezydentów. Jeżeli chodzi o miejsca akredytacyjne, obecnie, tam gdzie można realizować specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej, jest ich 3149. Obecnie lekarzy specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej jest ponad 1,5 tys., a dokładnie 1541. Po przedstawieniu tych liczb widzimy, że nie ma chętnych do robienia specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, a potrzeby coraz bardziej rosną.

Chciałbym również powiedzieć, że na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył 12,6% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, to jest 7 mld 344 mln zł z ogólnej kwoty ponad 58 mld zł w 2011 r. Pragnę zwrócić państwa uwagę na pierwszą tabelę ze str. 10. Chciałbym przeprosić za błąd, jaki znalazł się w tej tabeli. W poz. 16 dotyczącej województw wielkopolskiego, w planie na rok 2011 podana jest kwota 278 mln zł. To jest pomyłka drukarska. Powinno być 678.800 tys. zł, a nie, jak jest zapisane – 278 mln zł.

Jeśli chodzi o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, to aktualnie prawie 99% ubezpieczonych dokonuje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z normami przyjętymi przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza rodzinnego nie powinna przekraczać 2750 osób. Liczbę lekarzy, według liczby osób objętych opieką, przedstawia tabela ze str. 11. Oczywiście są też przedstawione dane, jeśli chodzi o opiekę świadczoną przez położne i pielęgniarki.

Pragnę powiedzieć, że działania ministra zdrowia mają na celu przede wszystkim poprawę funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego też minister zdrowia powołał zespół do opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki czy też pielęgniarki podstawowej

opieki zdrowotnej, a także w sprawie limitu pacjentów, którzy mogą zapisać się na listę prowadzoną przez lekarza.

W związku z podnoszonymi przez świadczeniodawców problemem kwestionowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia deklaracji wyboru jako podstawy rozliczeń ze świadczeniodawcą w przypadku zaprzestania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielania świadczeń, opracowany został projekt ustawy o zmianie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt został ujęty w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów i jest na etapie opracowywania założeń do zmiany wymienionej ustawy.

W związku z zastrzeżeniami odnośnie do maksymalnej liczby świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza, wystąpiono również do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce o przygotowanie ekspertyzy wskazującej realną liczbę osób, jaka powinna przypadać na jednego lekarza POZ, żeby zapewnić odpowiednią dostępność oraz jakość przedmiotowych świadczeń. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace powołanego zespołu do spraw przepisów dotyczących również wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, uwzględniając analizę 20 lat pracy lekarzy rodzinnych.

W tym miejscu chciałbym bardzo serdecznie wszystkim lekarzom rodzinnych oraz pielęgniarkom i położnym podziękować za ciężką, pionierską pracę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Ministerstwo jest świadome potrzeby zwiększenia zatrudnienia, ponieważ w związku z tak dużą liczbą pacjentów przypisanych do jednego lekarza nie wszystkie obowiązki objęte prawem może on realizować, a szczególnie, jeśli chodzi o promocję zdrowia i profilaktykę.

Tyle z mojej strony, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze ze strony rządowej chciałby zabrać głos? Jeżeli nie, poproszę o krótkie prezentacje naszych gości – przedstawicieli stowarzyszeń medycyny rodzinnej w Polsce. Później odbędzie się dyskusja.

Widzę, że nie ma chętnych do tego, żeby specjalizować się w medycynie rodzinnej. Wniosek jest prosty – panowie doktorzy, umieramy. 14 lat po wielkiej euforii nie mamy w ogóle chętnych do otwierania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej. To jest *signum temporis*. Myślę, że do tego przyczyniły się głównie rozwiązania ustawowe – ani w ustawie o kasach chorych, ani w ustawie o świadczeniach lekarz medycyny rodzinnej nie był i nie jest priorytetem, został „rozwodniony" przez wiele innych specjalizacji, i – biorąc pod uwagę chęci specjalizowania się młodych lekarzy w medycynie rodzinnej – etap rozwoju medycyny rodzinnej – będę pesymistą – mamy za sobą. Spróbujcie to reanimować, aczkolwiek źle wróżę temu przedsięwzięciu. Proszę.

Chwila przerwy, bo mamy kłopoty techniczne.

Proszę państwa, mam nadzieję, że już nie będzie kłopotów technicznych. Panie doktorze, proszę bardzo.

Prezes zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Maciej Godycki-Ćwirko:

Mam nadzieję, że mikrofon działa. Panie przewodniczący, państwo posłowie, państwo ministrowie, nazywam się Maciej Godycki-Ćwirko i jestem prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Pracuję również na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. W imieniu naszej organizacji i lekarzy rodzinnych bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość zaprezentowania naszych dokonań w roku naszego dwudziestolecia.

20 lat temu, dzięki inicjatywie 32 kolegów – kilku z nich jest na tej sali – na terenie Sejmu powstało Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Dziś jesteśmy tu 20 lat później.

Pan minister przedstawił bardzo szczegółowo sytuację medycyny rodzinnej i wyraził również pewne oczekiwania i nadzieje związane z medycyna rodzinną. Bardzo za to dziękuję, panie ministrze. Jestem przekonany, że będziemy w stanie te oczekiwania spełnić. Niewątpliwie jesteśmy w stanie zaoferować również coś więcej.

Mamy przygotowane 3 krótkie prezentacje. Postaram się pokazać państwu, jak z perspektywy lekarzy rodzinnych można postrzegać system opieki zdrowotnej, jaką rolę może odgrywać w nim medycyna rodzinna.

Urządzenie przestało działać, ale nie mogę się tym przejmować. Będę mówić to, co przygotowałem.

Proszę państwa, doskonały system opieki zdrowotnej nie istnieje i nie ma idealnych technik finansowania opieki zdrowotnej. Nie udało się tego znaleźć. Optymalnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej powinien być budowany na wartościach dostępnych dla każdego, w zależności od potrzeb i tworzony przy udziale całego społeczeństwa. Głównym elementem tego systemu powinna być podstawowa opieka zdrowotna. Nie jest to nasze przekonanie. Jest to cytat z dokumentu corocznie przedstawianego przez Światową Organizację Zdrowia – z 2008 r. Kraje – zgodnie z tym dokumentem WHO – powinny budować powszechne systemy ochrony zdrowia z silnym oparciem na podstawowej opiece zdrowotnej.

Dlaczego mielibyśmy opierać nasze systemy na opiece zdrowotnej? Najsilniejszym uwarunkowaniem zadowolenia pacjentów systemu…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Niech pan skończy. Potem to naprawimy.

Prezes zarządu KLR w Polsce Maciej Godycki-Ćwirko:

Najsilniejszym uwarunkowaniem zadowolenia pacjentów systemu opieki zdrowotnej jest poziom podstawowej opieki zdrowotnej. Pokazują to dane Banku Światowego i dane z wielu projektów badawczych oceniających satysfakcję pacjentów.

Wiele porównań międzynarodowych oraz badań w obrębie poszczególnych krajów potwierdza związek pomiędzy odpowiednią strukturą opieki podstawowej danego systemu a lepszymi wynikami zdrowotnymi. Znane są – przynajmniej części z państwa – badania prowadzone przez zespół prof. Starfield, która stwierdziła, że im wyższe są udziały opieki podstawowej w systemie, tym niższa jest śmiertelność – i to w 28 kategoriach spośród 35, które zespół prof. Starfield badał – natomiast, im wyższy jest udział świadczeń specjalistycznych w systemie ochrony zdrowotnej, tym śmiertelność jest wyższa. Spośród 35 badanych wskaźników śmiertelności było tak w 25 kategoriach. Dodaniu jednego lekarza rodzinnego do populacji 10 tys. pacjentów czy też podopiecznych, czyli wzrost o około 20% – zakładając, że lekarz ma pod opieką 2 tys. pacjentów – towarzyszył 6-procentowy spadek śmiertelności ze wszystkich przyczyn i około 3-procentowy spadek śmiertelności niemowląt, dzieci z niską masą urodzeniową i z powodu udarów. W zakresie całkowitej śmiertelności, na poziomie całego kraju, dodaniu jednego lekarza rodzinnego czy też lekarza opieki podstawowej na 10 tys. obywateli, towarzyszy zmniejszenie liczby zgonów o prawie 35 na 100 tys. Są to dane z bardzo skrupulatnie prowadzonych badań.

W związku z tym, jeżeli mielibyśmy patrzeć na to, jakie cechy powinien spełniać system. To powinien on zapewniać bezpieczeństwo, powinien być sprawny, skupiać się na pacjencie, powinien być odpowiednio dostosowany do czasu, w którym funkcjonuje, powinien być wydajny i zapewniać równość względem zdrowia. Aby zrealizować te cele, system opieki zdrowotnej powinien być oparty na podstawowej opiece zdrowotnej, która ma swoich specjalistów – specjalistów od podstawowej opieki zdrowotnej. Takimi specjalistami, odpowiednio przygotowanymi w procesie specjalizacji, są lekarze rodzinni.

Co mamy w Polsce? Pan poseł Piecha wspomniał o tym, że nie mamy regulacji ustawowych dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o inne dokumenty, to mamy dwa wytyczające kształt systemu. Po pierwsze, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, a po drugie, Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. Jeżeli spojrzymy na Narodowy Program Zdrowia, to zauważymy, że zaledwie w jednym celu operacyjnym pojawia się opieka podstawowa. Jest to cel 14 Narodowy Program Zdrowia, dotyczący usprawniania wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, cukrzycą i powikłaniami chorób układu oddechowego. Nigdzie indziej w celach operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia nie jest wymieniana opieka podstawowa.

Jeżeli spojrzymy na drugi dokument wytyczający strategię i kształt systemu, czyli Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, która jest częścią Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013, to – niestety – nigdzie nie znajdziemy od-

niesienia do podstawowej opieki zdrowotnej. Cztery cele strategiczne i szesnaście celów operacyjnych kompletnie pomija podstawową opiekę zdrowotną.

W związku z tym, proszę państwa, co lekarze rodzinni mają tu do zaoferowania? My od 2002 r. publikowaliśmy dokumenty dla dobra publicznego: „Organizacja i zasady kontraktowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej" i „O nowy, racjonalny system opieki zdrowotnej". Zapewne te dokumenty trafiły do państwa skrzynek poselskich. Przesyłaliśmy je również członkom rządu. Niestety, nie udało się nam wywołać dyskusji. Tym bardziej jestem wdzięczny za to, że dzisiaj możemy przypomnieć te działania, do których doszło już 10 lat temu.

Dlaczego chcemy podnosić sprawę podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej, jakimi są lekarze rodzinni? Jest bardzo wiele argumentów. Niestety, nie mogę wyświetlić państwu slajdu, ale chciałbym zaprezentować dane z bieżącego roku., dotyczące indeksu konsumentów opieki zdrowotnej w Europie, który jednoznacznie pokazuje, że – niestety – dla naszego kraju ten indeks został wyliczony jako dość niski. Sytuujemy się jako kraj, pod kątem satysfakcji konsumentów, na ósmym miejscu od końca wśród wszystkich krajów europejskich. Natomiast czołowe miejsca zajmują kraje z silną podstawową opieką zdrowotną. Najwyższy indeks dla konsumentów – niestety, nie mogę państwu tego pokazać – otrzymała Holandia. My jesteśmy na szóstym miejscu od końca. To jest badanie europejskie.

Spójrzmy na badania polskie, których jest wiele. Chciałbym państwu przywołać dane CBOS z 2012 r. CBOS ocenia słabe i mocne strony systemu ochrony zdrowia w Polsce. Oceniano wiele cech. Za najistotniejszą uznano dostępność usług lekarzy pierwszego kontaktu. Znacznie dalej są wszelkie inne cechy systemu opieki zdrowotnej, które uwzględniano.

Niestety, nie mogę państwu pokazać tego, co Światowa Organizacja Zdrowia dostrzega w podstawowej opiece zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna ma oczywiście bardzo dużo do zaoferowania w ochronie zdrowia, w opiece medycznej, w opiece zdrowotnej, ale nie tylko. Jako lekarze rodzinni prowadzimy zespoły. Mamy bardzo dużo do zaoferowania lokalnym społecznościom, w których funkcjonujemy – współpracę z placówkami zapewniającymi świadczenia medyczne, ale również z placówkami zapewniającymi opiekę społeczną, świadczenia w zakresie profilaktyki itd. Jeżeli państwo uznają to za interesujące, chętnie prześlę do państwa skrzynek e-mailowych ofertę, jaką podstawowa opieka zdrowotna ma dla całego systemu.

Oczywiście, proszę państwa, patrząc na ten bardzo dobry schemat, o którym na pewno usłyszelibyśmy więcej od pani dyrektor Miśkiewicz – jak powiedziałem, prześlę to państwu – może powstać pytanie – czy na to system zdrowotny stać, a jeżeli nie, to z czego powinniśmy zrezygnować? My jesteśmy w tej szczególnej sytuacji, że to pytanie zadali sobie również przedstawiciele naszego rządu. Nie wiem, czy pan minister był obecny na spotkaniu w Oslo 3 lata temu, gdzie, przy udziale europejskich krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia, sformułowano kluczowe zalecenia dla systemu opieki zdrowotnej. Zalecenie piąte dotyczy sytuacji, kiedy jest niedostatek środków na wydatki na zdrowie. W zaleceniu piątym czytamy, po pierwsze: „Chrońcie wydatki na działania zdrowia publicznego", po drugie: „Chrońcie wydatki na podstawową opiekę zdrowotną" i po trzecie: „Ograniczcie wydatki na najmniej wydajne świadczenia. W normalnych okolicznościach znajdują się one wśród najwyższych technologii, najkosztowniejszych świadczeń w szpitalach. Odłóżcie plany inwestycji w wysoce kosztowne placówki i promujcie stosowanie leków generycznych". Zaufajcie państwo podstawowej opiece zdrowotnej i lekarzom rodzinnym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Szkoda, że prezentacja nie była bardziej widoczna, bo byłaby dla nas o wiele ciekawsza. Natomiast absolutnie zgadzam się z tym, że w momencie, kiedy reformowaliśmy system opieki zdrowotnej, jego podstawą miał być – i ma być – lekarz rodzinny. Teraz, po dwudziestu latach mamy jednak wątpliwości, czy ten system się nam nie rozszedł. W wielu zakresach ta opieka budzi wątpliwości, ale nie pod względem opieki lekarskiej, tylko pod względem tego, w jaki sposób ten system funk-

cjonuje. Padły tutaj również słowa ze strony pana ministra o tym, że brakuje lekarzy w systemie. To także jest dowodem na to, że coraz mniej lekarzy wybiera właśnie tę dziedzinę.

Jako następny zabierze głos pan dr Łuczak. Panie doktorze, bardzo proszę o prezentację.

Członek prezydium KLR w Polsce Jacek Łuczak:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, nazywam się Jacek Łuczak i od dwudziestu lat pracuję dla Kolegium – dla medycyny rodzinnej. Chcę powiedzieć, że jest nas tutaj garstka osób, które 23 czerwca 1992 r. założyły Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Obecnie z pewną troską patrzymy na to, co się dzieje, jak gigantyczne przyspieszenie było w roku 1993, który był najlepszym rokiem dla medycyny rodzinnej, i jak teraz wszystko to grzęźnie. Dlatego cieszymy się i dziękujemy za możliwość wystąpienia i – mam nadzieję – poparcie pewnych działań, które są potrzebne do tego, żeby pewne rzeczy przywrócić w Polsce.

Mam mówić o zdrowiu publicznym, ale już z samym zdrowiem publicznym jest kłopot. Jest to ogromna dziedzina, a definicja WHO jest za mało pojemna i zbyt lapidarna, żeby stała się podstawą ustawy, o której w Polsce teraz się dużo mówi. Jest pewna propozycja, która pojawiła się w Internecie rok temu, w lipcu. Wymaga ona zmiany i ponownej dyskusji, jak ta ustawa powinna wyglądać, jaką rolę w tej ustawie mogliby spełnić lekarze rodzinni, jaką wartość dodaną mogliby zaoferować lekarze rodzinni i medycyna rodzinna. Jest wiele różnych problemów. Myślę, że przyjrzenie się, zwłaszcza doświadczeniom skandynawskim i brytyjskim, a spoza europejskich amerykańskim i australijskim, mogłoby dużo wnieść do wzbogacenia przemyśleń o tym, jak w tych krajach rozwiązuje się problemy zdrowia publicznego. Jest to gigantyczna materia. W zależności od tego, jak będziemy ją przykrawać, taki produkt w Polsce się pojawi. Jest to rzecz o niezmiernie ważnym znaczeniu. Przejdę jednak do tematu lekarzy rodzinnych i medycyny rodzinnej.

Proszę państwa, pojawiła się publikacja – jestem do niej przywiązany, bo byłem jednym z redaktorów naukowych. Lekarze rodzinni od 2005 r. interesują się i zajmują tym zagadnieniem, próbujemy też tego uczyć.

Jakie są najsilniejsze powiązania ze zdrowiem publicznym? Jak państwo wiedzą, w medycynie rodzinnej niezwykle istotna jest kwestia wyboru lekarza przez pacjenta, czyli dokonanie opcji. Ta opcja składa się z poszczególnych osób, które tworzą listę pacjentów. Lista pacjentów to jest populacja, czyli podstawowe tworzywo, którym zajmują się ludzie ze zdrowia publicznego. Oczywiście wiąże się to z pewną formą, która jest niezmiernie istotna w medycynie rodzinnej. To nie są usługi, to nie są świadczenia – żeby nie było sporu, mówię to po to, żeby wyostrzyć problem – to jest opieka. To jest ryczałt za opiekę. Zatem – znowu stawiając sprawę ostro – możemy przyjąć, że NFZ powinien najwyżej wynagradzać lekarza, do którego pacjenci nie przychodzą, dlatego że wtedy opieka nad pacjentami jest najlepsza. Jest to trochę inny sposób myślenia. Proszę zwrócić uwagę na to, że ten sposób myślenia pcha lekarza rodzinnego w prewencję, bo jeżeli on wszystkich wyleczy albo zabezpieczy i wyedukuje, to oni do niego nie przychodzą, a więc osiąga on to samo, co uzyskałby, gdyby zapisał wszystkich na listę jako zdrowych. Zatem, my chcemy – nie będę o tym mówić, ale jest to widoczne na slajdzie – żeby nas inaczej potraktowano w systemie. My nie jesteśmy tymi od sprzedawania, od kupowania, od Mc'Donaldsa, od usługi – od tego typu rzeczy – tylko jesteśmy od opieki, od systemu publicznego – co zaznaczyliśmy w naszym dokumencie „Dla dobra publicznego" – gdzie silnie jest obecne zdrowie publiczne.

Jest bardzo ważne, żeby zobaczyć tę specjalność w pewnym kontekście. Potwierdza się to w podstawowych definicjach. Przytaczam definicję WONCA z 2002 r. – dominacja prewencji i nastawienie na społeczność lokalną, to dwie rzeczy, które są istotą tej specjalności. Inne zasady, z innego dokumentu. Proszę zwrócić na to uwagę – zasada identyfikacji czynników ryzyka i oceny ryzyka. To robimy. To nie dobry program kardiologiczny, który robimy z NFZ. Podchodzę do niego krytycznie, ale ten program spowodował, że lekarze rodzinni skorzystają ze skali SCORE – oceniają ryzyko i dostosowują swoje dzia-

łania do tego, jak wygląda wzorzec ryzyka u poszczególnego pacjenta. Również czujność onkologiczna – to, na co często media zwracają uwagę, o co są awantury, tego dotyczą te sprawy – wczesne rozpoznawanie, wczesne reagowanie, reagowanie bezzwłoczne. Te sprawy są w pryncypiach medycyny rodzinnej. Ci lekarze są tego uczeni, pewne umiejętności są u nich kształtowane. Oczywiście zawsze można zrobić więcej i lepiej, dlatego pewne uwagi krytyczne przyjmujemy ze zrozumieniem. Zatem są to te zasady, które też silnie wiążą się z działaniami w zakresie zdrowia publicznego. W ogóle, lekarz rodzinny patrzy na pacjenta na osi czasu – przepraszam za ten rysunek, to rysowało moje dziecko – ciągła opieka w biegu. Z jednej strony uwarunkowania rodzinne, a więc to, skąd ten człowiek przybył, jakie ma geny – jak zachowywali się jego dziadek, ojciec i matka – i ekspozycja, narażenie na różnego rodzaju czynniki, które powodują, że mamy szerszy, inny obraz tego pacjenta, niż lekarz w wąskiej specjalności.

Działamy w dwóch przestrzeniach. W przestrzeni oznaczonej kolorem czerwonym, czyli w przestrzeni indywidualnej oceny – staramy się patrzeć na pacjenta jako na pewien kapitał, potencjał zdrowia i oceniać oraz wspomagać ten potencjał – i w badaniach populacyjnych. Tu – niestety – można mieć wiele uwag krytycznych, zarówno do skriningu raka jelita grubego w Polsce, który ma papiery i powinien być robiony lepiej, niż jest robiony, czy do skriningu raka szyjki macicy, w przypadku którego nikt dotąd nie znalazł sposobu na to, żeby kobiet zechciały przychodzić się badać. W tych dywagacjach środowisko lekarzy rodzinnych i nasze możliwości, są pomijane, bo inaczej są rozłożone priorytety i akcenty, kto inny chce się tym interesować. Jednak my mamy inne podejście i inną propozycję, która jest nastawiona ponad specjalności lekarskie, ponad dywagacje czy konflikty z innymi środowiskami.

Chcemy, żeby patrzeć na zdrowie publiczne w kategoriach podstawowych determinant stanu zdrowia. Jeżeli to jest prawda, że w Europie jest 5 najistotniejszych czynników, które pogarszają stan zdrowia i przyspieszają śmierć Europejczyków, to może tym się zajmijmy. Proszę zwrócić uwagę – papierosy, alkohol, nadciśnienie tętnicze, nadwaga i aktywność fizyczna – to jest te 5 czynników. W przypadku każdego z nich, jeżeli przeszukamy dokumenty, badania naukowe, to przekonany się, że lekarz rodzinny ma skuteczne propozycje. One na pierwsze rzut oka są mało efektywne, bo skuteczność minimalnej interwencji odnośnie do tytoniu jest na poziomie 3-4%, ale jeżeli doliczy się użycie farmakoterapii, to te możliwości się podwajają. Wydaje się, że ośmiu na stu to bardzo mało, ale mimo wszystko jest to niezmiernie efektywne. Dlatego warto – jeżeli by kiedyś myślano o ustawie – pamiętać o lekarzach rodzinnych i ich możliwościach w tym zakresie. Tak próbujemy to w Kolegium rozwijać. Mamy wytyczne, jeżeli chodzi o palenie tytoniu i o nadciśnienie tętnicze, a wszystkie inne są tak przygotowane, że gdyby poszedł silny sygnał, to byśmy to szybko zastosowali.

Patrzymy również w skali mikro, w skali pilotażu. W Polsce jest to mało wykorzystany sposób. Zamiast od razu wprowadzać w całej Polsce i nabijać sobie wielkiego guza, lepiej sobie nabić tego guza w Olkuszu czy Lublinie. Są takie projekty. One są nieco odmienne. W projekcie olkuskim dużą rolę odgrywa Państwowa Inspekcja Sanitarna, a lekarze rodzinni mają w nim mały udział. Jest zorganizowane prewentorium, gdzie są specjaliści zdrowia publicznego, gdzie jest ocena ankietowa pacjentów, interwencje według rankingu najbardziej koszt-efektywnych z listy amerykańskiej. To jest pierwsza propozycja. I druga – w projekcie lubelskim, który w tej chwili pojawia się w Wielkopolsce – gdzie jest większy udział lekarzy rodzinnych.

Oczywiście lekarze rodzinni nie są workami bez dna – wszyscy chcemy to silnie uświadomić osobom, które decydują o systemie – czyli nie można bez przerwy wymyślać im zadań i dorzucać, tak jak się to zdarza NFZ, czy innym osobom, które myślą, że jeżeli coś jest zapisane i zlecone tym lekarzom, wpisane w kontrakt, to mają to wykonać. Tak niestety nie jest. Lekarz rodzinny, żeby móc coś zrobić, musi posiadać wiedzę i umiejętności w tym obszarze; musi mieć czas – jesteśmy za tym, żeby listy lekarzy rodzinnych były nieco krótsze, aby był czas na przejawianie większej aktywności w prewencji – być uprawniony, a więc mieć formalne uprawnienia; mieć możliwości techniczne i możliwości współpracy z zespołem i współpracy sektorowej. Poza tym, te rzeczy, które się do niego adresuje, nie powinny być głupie, to znaczy, nie mogą nie spełniać kryterium

koszt-efektywności. Nie powinny to być działania wymyślane, tak jak to się często dzieje. Państwo mają zapewne doświadczenia – czasem prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych o tym mówi – że propozycje wójtów czy prezydentów są czasem „od czapy", kompletnie się do niczego nie nadają. Zmuszanie do tego typu działań nie ma sensu. Podsumowanie, co postulujemy. To wszystko, o czym mówiłem, żeby wypełniać warunki, które umożliwią lekarzom rodzinnym większą obecność w prewencji.

Wielkie podziękowanie dla pani dyrektor polskiego Biura WHO, i polecam książkę z 2008 r. „Primary healt care: now more than ever", czyli „Health For All", lata 70, która na podstawie badań naukowych jasno mówi, że to nie jest medycyna siermiężna, tylko medycyna współczesna. Bez dobrego piętra na poziomie podstawowym nie ma dobrze funkcjonującej specjalistyki. Tym przesłaniem chciałbym zakończyć swoją prezentację. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o kolejną prezentację.

Członek prezydium KLR w Polsce Tomasz Tomasik:

Pani przewodnicząca, szanowne panie posłanki, panowie posłowie, panie ministrze, drodzy lekarze rodzinni, proszę pozwolić, że przedstawię krótką prezentację dotyczącą aktualnego stanu medycyny rodzinnej w Polsce. Bardzo proszę potraktować tę prezentację jako przyczynek do dalszej dyskusji.

Nazywam się Tomasz Tomasik, jestem lekarze rodzinnym z Krakowa. Zajmuję się również edukacją w zakresie medycyny rodzinnej – jestem adiunktem w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Celem mojej prezentacji jest przedstawienie aktualnego stanu medycyny rodzinnej w Polsce, a także zastanowienie się, czy medycyna rodzinna w Polsce to właściwie jest problem, czy być może rozwiązanie wielu problemów, które w medycynie rodzinnej i podstawowej opiece zdrowotnej istnieją.

Z uwagi na to, że w dalszym ciągu mamy drobne problemy techniczne, a w Uniwersytecie Jagiellońskim od 600-lat jesteśmy przyzwyczajeni do tego, żeby mówić bez PowerPointa, proszę pozwolić, że nie będę korzystać z tych nowych technologii. Jeśli działa, to tym lepiej. Przejdziemy do następnego slajdu.

W tej chwili w Polsce, w podstawowej opiece zdrowotnej mamy 3 zawody medyczne – lekarz, pielęgniarka i położna, ale mamy również 5 specjalizacji lekarskich – to jest oczywiście lekarz rodzinny, internista, pediatra, lekarz ogólny, a także lekarz bez specjalizacji. Pan minister przedstawił nam już aktualne dane, że 10.300 lekarzy rodzinnych pracuje w podstawowej opiece zdrowotnej – wymieniam tu dane z początku roku, dziękujemy więc za nowe informacje. Istotną dla nas rzeczą jest to, że połowa pacjentów i połowa podstawowej opieki zdrowotnej zabezpieczana jest przez lekarz rodzinnego. Natomiast druga część przeźrocza, która stosunkowo słabo jest widoczna, dotyczy tego, co chciałem pokazać, czyli tego, co się działo na początku roku w województwie małopolskim – ze wszystkich przyznanych rezydentur tylko jedna została przeznaczona na medycynę rodzinną.

Głównym sposobem finansowania w Polsce jest stawka kapitacyjna, ze wszystkimi zaletami – jest wiele tych zalet – ale też z pewnymi wadami, do których za chwilę się odniosę. Jest tam również pokazana wysokość tej stawki. Lekarze rodzinni, lekarze POZ otrzymują większe stawki za leczenie pacjentów z cukrzycą czy z chorobami układu krążenia.

Dość istotna sprawa – POZ to nie jest poziom opieki odseparowanej od innych. Pozwoliłem sobie pokazać aktualne dane Narodowego Funduszu Zdrowia, które obrazują, że – niestety – w Krakowie średni czas oczekiwania na konsultację kardiologiczną wynosi 224 dni. Tak naprawdę nasza współpraca z lekarzami specjalistami wygląda tak, jak prawa część tego przeźrocza, to znaczy, często ręcznie, nieczytelnie wypełnione informacje dla lekarza POZ. Przyznaję jednak, że często nasze skierowania są nie lepsze od tego, co dostajemy z powrotem od specjalistów.

Teraz kilka zdań na temat satysfakcji i zadowolenia pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej. Dość aktualne badania Global Health Service z października 2011 r. Proszę mi uwierzyć, tam jest uwzględniona Polska – satysfakcję, zadowolenie z podstawowej

opieki zdrowotnej wyraża 72% pacjentów objętych tą opieką, niestety, tylko 8% z całego systemu opieki zdrowotnej.

Następne, dość ważne przeźrocze, pochodzi z publikacji pana dr Margasa. Pokazuje ono, że 45% pacjentów, którzy są pod opieką lekarza rodzinnego, wyraża zadowolenie z tej opieki, mniej jest zadowolonych z opieki w małych praktykach, w których świadczenia zdrowotne zabezpiecz inny specjalista niż lekarz rodzinny, a jeszcze mniej pacjentów jest zadowolonych z opieki w dużych praktykach, w ZOZ, gdzie nie ma lekarza rodzinnego.

Teraz kilka zdań, po wprowadzeniu dotyczącym aktualnej sytuacji w medycynie rodzinnej w Polsce, o tym, w jaki sposób moglibyśmy zmieniać tę sytuację. Proszę pozwolić, że rozpocznę od tego bardzo istotnego podmiotu, który kształtuje podstawową opiekę zdrowotnej, a więc od administracji – polityków, a również płatnika. Potem przejdę do najważniejszego podmiotu, którym – w opinii lekarzy rodzinnych – jest pacjent, a na koniec powiem, co my, lekarze rodzinni, o tym sądzimy.

Jedną z trudności, które w tej chwili identyfikujemy, jest – niestety – brak strategii, jasnej wizji, jak POZ powinien wyglądać, jak podstawowa opieka zdrowotna będzie kształtowana w przyszłości, jak będzie wyglądać współpraca ze szpitalem, z opieką specjalistyczną. Nasz postulat jest taki, żeby planowanie posunięć w tym zakresie – ustaw, rozporządzeń i zarządzeń, które będą dotyczyć podstawowej opieki zdrowotnej – nie traktować jako wyodrębnionych elementów. Prawdopodobnie wspólnie musimy zadbać o to, aby podstawowa opieka zdrowotna, opieka społeczna i edukacja – co najmniej te trzy elementy – były ze sobą zintegrowane. Na pewno wszyscy zgadzamy się z tym, że system *per capita* jest dobrym systemem, ale być może warto rozważyć także inne elementy, na przykład: płacenie za mierzalny element tej opieki, osiąganie docelowych wartości ciśnienia tętniczego, trójglicerydów czy LDL w leczeniu pacjentów z lipidemią, ale oczywiście nie będę wchodzić w szczegóły.

Poprawa jakości świadczeń w Polsce – dalej dominuje zewnętrzny system poprawy jakości świadczeń, czyli biurokracja, kontrola, karanie, mandaty, rozwiązanie umowy albo, na szczęście, straszenie tylko rozwiązaniem umowy z lekarzem POZ. Wspomnę tylko o innych rozwiązaniach: o przekazywaniu informacji zwrotnej, o *bangemarkingu*, czyli porównywaniu praktyk, o akredytacji, o grupach, o poprawie jakości. Tu jest deklaracja ze strony Kolegium Lekarzy Rodzinnych, że w tym obszarze będzie działać – będziemy promować te wewnętrzne systemy poprawy jakości świadczeń, czyli te, które będą zależeć od lekarza.

W tej chwili w podstawowej opiece zdrowotnej można wspólnie kontraktować świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej, lekarz może kontraktować oddzielnie, pielęgniarka może kontraktować oddzielnie i położna może kontraktować oddzielnie, i te różne specjalizacje, o których mówiłem, też mogą kontraktować oddzielnie. Warto się zastanowić nad ujednolicaniem tego, zgodnie z jakąś strategią, ale generalnie chyba bardziej korzystne jest unikanie fragmentaryzacji opieki zdrowotnej, to znaczy, że każdy dopowiada za swój, drobny fragment. Ta koordynacja, ta integracja, jest tym elementem, który Kolegium Lekarzy Rodzinnych postuluje. Funkcja *gatekeepera*, czyli strażnika systemu, a więc konieczność posiadania skierowania na konsultację specjalistyczną – w tej chwili jest wolny dostęp do sześciu specjalizacji. Psychiatria nie podlega dyskusji, to powinno być, ale może warto zastanowić się nad okulistyką, czy jest to bardzo wskazane. Nie postuluję dotykania ginekologii i położnictwa, ale doskonale pamiętam, że w 1995 r. podpisywałem pierwszy kontrakt w Krakowie na świadczenia i wtedy odpowiadaliśmy również za świadczenia ginekologiczne i z tym wielkiego problemu nie było.

Opinia i satysfakcja pacjenta. Przechodzimy do najistotniejszego elementu w opiece zdrowotnej, jakim jest pacjent.

Naprawdę są nieliczne badania – miałem trudności, żeby dotrzeć do danych – publikowane w prasie krajowej i pojedyncze w prasie międzynarodowej, anglojęzycznej, dotyczące osiągania celów terapeutycznych. Uwaga nie jest kierowana do posłów i do administratorów opieki zdrowotnej, tylko kierowana do nas, do środowiska akademickiego, w którym medycyna rodzinna się rozwija – trzeba badać, monitorować satysfakcję. Ważne jest też udostępnianie tych danych.

Znaczenie pacjenta. W naszym, polskim systemie opieki zdrowotnej dalej dominuje profesjonalista, nada dominujemy my, lekarze. Pacjent jest w tym wszystkim trochę biernym podmiotem. Jest pasywny, o umiarkowanej wiedzy. To również trzeba zmienić. Większa rola, partnerstwo, równość, ułatwianie dostępu do informacji, które dotyczą zdrowia.

Kształcenie kadr – sprawa, o której, jeśli pan i pani przewodnicząca pozwolą, będziemy tu dyskutować. Jest tak, że jeżeli lekarz ma do wyboru medycynę rodzinną czy choroby wewnętrzne, a po specjalizacji z chorobach wewnętrznych ma możliwość robienia kolejnej specjalizacji, co więcej, ma wybór – może pracować w szpitalu albo w podstawowej opiece zdrowotnej. To kto będzie zamykać przed sobą możliwości kariery i zostawać lekarzem rodzinnym po to, żeby świadczyć całościową, skoordynowaną i kompleksową opiekę koncentrującą się na pacjencie.

Jeśli chodzi o praktykę lekarza rodzinnego – na co chciałbym zwrócić uwagę – my działamy w izolacji. Co więcej, nasza ocena jest taka, że elementów biurokratycznych i ograniczania wykonywania wolnego zawodu jest dużo. Najlepszym przykład jest to – niestety – co się w tej chwili dzieje z wypisywaniem recept, na co lekarze rodzinni, a również inni specjaliści, nie chcą się godzić.

Nasze perspektywy zawodowe. Praktycznie młody lekarz ma ogromnie trudne zadanie w uruchomieniu nowej praktyki. Najprawdopodobniej jakieś regulacje i ułatwienia dla tych młodych lekarzy będą potrzebne. Uczestniczymy w systemach ciągłej edukacji medycznej, które są stosunkowo mało efektywnie i generalnie mamy ograniczenia w możliwości rozwoju zawodowego. Poszerzanie możliwości kariery i ułatwianie lekarzom rodzinnym, na przykład, robienia doktoratu, czyli rozwoju również na drodze akademickiej, byłoby bardzo wskazane.

Przechodzę do ostatnich wniosków. Chcę powiedzieć, że medycyna rodzinna w centrum uwagi stawia pacjenta, a nie narząd. Lekarz rodzinny to nie jest hepatolog, dlatego dla lekarza rodzinnego nie będzie najważniejsza wątroba. Medycyna rodzinna nie zawiera tych wykluczeń, które są charakterystyczne dla innych dziedzin. Nie jest tak, jak w pediatrii, gdzie leczy się do 18 roku życia, czy jak w ginekologii i położnictwie, gdzie lekarz zajmuje się wyłącznie kobietami. Lekarz rodzinny, to lekarz specjalista, ale od tych 2 tys. pacjentów, którzy zapisali się na jego listę. Ten lekarz rodzinny ma wiedzieć, co się dzieje z tymi 2 tys. pacjentów, i to nie tylko, jeśli chodzi o problemy zdrowotne, ale również, jeśli chodzi o problemy socjalne, rodzinne czy związane z wykonywaniem zawodu lub sprawami finansowymi. Czyli budowanie POZ w Polsce – moim zdaniem i zdaniem tych lekarzy rodzinnych, którzy są tu na tej sali – powinno uwzględniać wartości medycyny rodzinnej oraz siłę relacji lekarza rodzinnego z pacjentem, również z rodziną tego pacjenta i ze społecznością lokalną. Medycyna rodzinna to nie jest tylko to, co się dzieje w praktyce. To nie jest tylko wykonywanie świadczeń medycznych. Medycyna rodzinna to jest również dyscyplina naukowa – powstają publikacje, są habilitacje, lekarze rodzinni zostają profesorami. Medycyna rodzinna to jest również specjalizacja z własnymi treściami edukacyjnymi, z celami edukacyjnymi, z powstającymi podręcznikami. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję za te krótkie prezentacje. Mamy w związku z tym pewne kontrapunkty. Z jednej strony widzenie medycyny rodzinnej oraz jej przyszłości i miejsca w systemie opieki zdrowotnej prezentowane przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych i lekarzy rodzinnych, a z drugiej strony, informację ministra zdrowia, że medycyna rodzinna, niestety, spauperyzowała się i nie ma ciągu do specjalizacji z medycyny rodzinnej, jaki był jeszcze kilka lat temu. Pamiętam, że były odpowiednie ścieżki, było ułatwianie zdobywania tej specjalizacji. Dzisiaj możliwości są, ścieżki są, a chętnych nie ma. Jeśli nie ma chętnych, to sytuacja robi się bardzo trudna.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z pań, panów posłów i zaproszonych gości chciałby zabrać głos w tej sprawie? Trzeba oczywiście zadać pytanie i wyrazić swoją opinię. Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Co prawda nie jestem lekarzem rodzinnym – jestem laryngologiem – ale jeżeli nasza medycyna rodzinna tak źle wygląda w rankingach, to nie znalazłem uzasadnienia w państwa wystąpieniach – dlaczego? Po pierwsze, wydaje mi się – może państwo mnie poprawią – że na lekarza rodzinnego zdecydowanie przypada za dużo pacjentów, w związku z czym ten model, o którym państwo mówili, lekarza-przyjaciela i człowieka, który jest blisko pacjenta, jest niemożliwy do spełnienia. Poza tym, nie wiem, jak państwo oceniają wysokość środków przeznaczanych na jednego pacjenta, bo – jak się orientujemy – pacjenci mają problemy z dostępem do dodatkowych skierowań. Pewnie wynika to z problemów finansowych, przed którymi państwo stają, bo z przychodnią lekarza rodzinnego wiążą się nie tylko te pieniądze, które państwo otrzymują, ale wiąże się także liczba pielęgniarek wymagana przez NFZ, utrzymanie lokalu i inne koszty. Czy mają państwo jakieś wnioski, czy pomysły na to, jak ta organizacja pracy – czy statystyka dotycząca lekarza rodzinnego – powinna w istocie wyglądać, aby młodzi lekarze chcieli robić specjalizacje w tym zakresie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan prezes Radziwiłł.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, dziękuję przede wszystkim za zorganizowanie tej sesji. Myślę, iż dobrze, że po dwudziestu latach, ten temat w Sejmie został podjęty. Zdaję sobie sprawę z tego – i myślę, że wszyscy sobie zdajemy z tego sprawę – że to może być pierwszy krok, że tu żadne decyzje nie zapadną, ale wezwanie do wniosków przez pana posła jest istotą sprawy. Trzeba zacząć mówić o tym, co trzeba zrobić, żeby poradzić sobie z kryzysem medycyny rodzinnej, która 20 lat temu jawiła się jako projekt bardzo optymistyczny, który miał wtedy ogromne szanse zrewolucjonizowania polskiego systemu ochrony zdrowia w dobrym kierunku. Wydaje się, że w tej chwili rzeczywiście przeżywamy jakąś przyduchę w tym zakresie – niewiele się dzieje i trochę opadły skrzydła wielu ludziom, którzy siedzą na tej sali, a którym zdawało się 20 lat temu, że można zrobić naprawdę dużo, a teraz czasem mają wątpliwości.

Wskazałbym kilka konkretów, o których warto pomyśleć. Zaczynając od samej góry – tematem dzisiejszej sesji jest medycyna rodzinna. Chociaż pan dr Tomasik mówił, że to określenie oznacza trochę więcej niż tylko specjalizację, to jednak od tego trzeba zacząć. Po pierwsze, jesteśmy w dość szczególnym momencie. Kształtują się przepisy dotyczące specjalizacji. Myślę, że to jest dobry moment, żeby pomyśleć o tym, jak ma wyglądać specjalizowanie w medycynie rodzinnej. Uważam, że obok planowanego, osobnego kształcenia, niezależnego od innych specjalizacji, poza modułami, które są planowane, zgodnie z ustawą, warto byłoby – choćby po to, żeby zwiększyć atrakcyjność albo dopływ kadr do medycyny rodzinnej, a przynajmniej dać na to szansę lekarzom, który najpierw pójdą gdzieś indziej – trafiać do medycyny rodzinnej również przez moduły internistyczny i pediatryczny. Uważam, że jest to stosunkowo niski poziom decyzyjny w zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Na ten temat były różne dyskusje. Wiem, że są różne opinie w tej sprawie, ale wydaje się, że w sytuacji, kiedy wysycenie lekarzami rodzinnymi w Polsce jest na poziomie 40-50% potrzeb, trzeba coś zrobić, żeby lekarzy rodzinnych było więcej. A to jest jedna ze ścieżek.

Byłoby dobrze, żeby Polska na arenie międzynarodowej, w okresie nowelizacji dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, w tym lekarskich, była rzecznikiem tego, żeby medycyna rodzinna znalazła swoje prestiżowe miejsce na liście specjalności europejskich. Dobrze byłoby, żeby Ministerstwo Zdrowia w tej sprawie wysyłało jednoznaczny i czytelny sygnał, że jesteśmy po stronie tych, którzy chcą tę dyrektywą znowelizować tak, aby medycyna rodzinna znalazła należne jej miejsce. W wielu krajach tak jest. Teraz akurat jest dobry moment na to, żeby w tej dyskusji zabrać głos i pokazać rzeszom lekarzy europejskich i polskich, a także studentom, że medycyna rodzinna to coś ważnego, także na poziomie europejskim.

Jeśli chodzi o konieczne wzmacnianie roli i pozycji lekarza rodzinnego, wydaje mi się, że należy uszczegółowić i podkreślić rolę lekarza rodzinnego jako koordynatora.

W rozporządzeniu o kompetencjach pojawia się takie słowo, ale w zasadzie na tym się kończy ta rola. Niestety, stało się w Polsce coś bardzo złego – o czym była dziś delikatnie mowa, a ja to ujmuję dosadniej. Jeśli chodzi o poziom opieki podstawowej w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, stało się coś bardzo złego. Jest to bardzo niedobry kierunek i nieśmiałe wskazanie, na poziomie rozporządzenia, lekarza jako koordynatora, bez wskazania, jakimi narzędziami ma koordynować, prowadzi donikąd, a wiemy, jaka sytuacja jest w niektórych miejscach. Jest konkurencja między lekarzem, pielęgniarką i położną albo różnymi instytucjami, które świadczą usługi, prowadząca do gorszących scen w stosunku do pacjentów i obniżenia jakości opieki podstawowej. Uważam, że jest to jeden z priorytetów, jeżeli chodzi o zmianę przepisów.

Należy również wskazać lekarza rodzinnego jako osobę, która jest w pełni wyposażona w diagnostykę, znacznie szerszą niż wskazana w dotychczas obowiązujących przepisach. Kompetencje lekarza rodzinnego muszą wynikać z jego rzeczywistych kompetencji zawodowych, a nie być ograniczone tylko do kilku badań, które może zlecić, a pozostałe mają być realizowane przez lekarzy specjalistów, do których trzeba czekać kilka, kilkanaście albo kilkadziesiąt tygodni. Należy również wyraźnie określić to, co dzisiaj jest jednym z problemów – między innymi przy wystawianiu recept – że lekarz rodzinny ma pełne prawo do samodzielnych decyzji terapeutycznych, a nie tylko przez jakieś zaświadczenia od lekarzy specjalistów. W tej chwili kolejki do specjalistów wynikają nie z potrzeby zasięgnięcia konsultacji, tylko z potrzeby uzyskania różnego rodzaju zaświadczeń i certyfikatów, które są potrzebne po to, żeby odpowiednio rozliczyć procedury. To jest zupełny absurd. To powinno wynikać z potrzeby zawodowej. Wtedy, kiedy kompetencje lekarza rodzinnego się kończą, powinien on zasięgać opinii specjalisty, ale nie wtedy, kiedy potrzebuje zaświadczenia o czymś, o czym oczywiście wie, na przykład, że pacjent ma cukrzycę.

Wreszcie sytuacja biznesowo-rynkowa lekarzy – bo o tym wymiarze też była mowa. Moim zdaniem, jest zupełnie oczywiste, że liczba podopiecznych przypadających na jednego lekarza rodzinnego, czy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie może być taka, jaka jest w tej chwili w Polsce, nawet przy tych limitach, które są, jest ona wielokrotnie przekraczana. Nawet nie śmiem tu wspominać, że są kraje, w których liczba ta kształtuje się maksymalnie na poziomie 800-900 osób na jednego lekarza. Do tego jeszcze nam daleko, ale na pewno liczba ta powinna się zmniejszyć co najwyżej do 1500. Oczywiście – co jednym tchem trzeba powiedzieć, dla uspokojenia tych, którzy ze strony środowiska lekarzy rodzinnych nasłuchują tego, co mówię – z jednoczesnym podwyższeniem wynagrodzenia kapitacyjnego. Lekarze nabierają więcej pacjentów czy podopiecznych na listę dlatego, że inaczej ich wynagrodzenie byłoby poniżej możliwości utrzymania praktyki. To wynagrodzenie musi być wyższe.

Wydaje się, że nieśmiało mówiono tu o tym, że kapitacja jest dobrym sposobem rozliczania. Nie wiem, czy jest dobrym sposobem. Może 20 lat temu była, ale dzisiaj z całą pewnością musi być uzupełniania różnego rodzaju zachętami do pracy. System kapitacyjny demotywuje do pracy. Zawsze powtarzam – wszystkich państwa, którzy już mnie słyszeli, przepraszam, że to powtórzę – że najlepszym pacjentem czy podopiecznym lekarza rodzinnego jest młody i zdrowy, który pracuje w Irlandii. To jest najlepsza osoba. Tak oczywiście być nie może, musi być jakiś rodzaj zachęty. Nie chcę wchodzić w szczegóły, za co lekarz rodzinny powinien wynagrodzenie dostawać, ale na pewno nie tylko za to, że jego podopieczny jest na liście. Na pewno za różne elementy – wyniki, procedury, czynności, wejście w różne programy. Na początku istnienia kas chorych takie zwiastuny były, ale to wszystko należy już do historii i trzeba to oczywiście zmienić.

Na zakończenie chciałbym powiedzieć o czymś, co jest bardzo kontrowersyjne. Zdaję sobie sprawę z tego, że wszyscy przywykliśmy do istniejących regulacji, ale wydaje mi się, że nadszedł czas dyskusji, na temat tego, że przynajmniej część diagnostyki zlecanej przez lekarza rodzinnego powinna być odrębnie finansowana. Nie może być tak, że to wszystko finansuje się z własnych pieniędzy, bo to demotywuje i tylko najsilniejsze etycznie jednostki są w stanie wytrzymać to napięcie. Nie może być tak, żeby leczenie czy diagnozowanie pacjenta nie opłacało się lekarzowi, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Nie tylko

oszczędzanie na diagnostyce, ale również efekt w postaci przerzucania kosztów, który jest potężnie krytykowany przez środowiska lekarzy specjalistów i szpitale.

Ostatnia rzecz, ale nie najmniej ważna. Wydaje się niezwykle ważne w odniesieniu do regulacji dotyczących medycyny rodzinnej, żeby w kontraktach, zarówno zawieranych przez podmiot leczniczy – obecnie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, a dawniej ZOZ – czy bezpośrednio z lekarzami, było miejsce na urlop na kształcenie. Lekarze rodzinni, tak jak inni lekarze, muszą się kształcić, muszą się ustawicznie doskonalić. Wydaje się, że płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia – powinien to przewidzieć w kontrakcie. Nie może być tak, że lekarz kształci się kosztem swoich pieniędzy, swojego wolnego czasu, albo wynagradzając kogoś innego na czas przerwy. Lekarze powinni móc się kształcić w ramach kontraktu. To jest ostatnia rzecz, którą chciałem powiedzieć. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gądek, proszę bardzo.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, drodzy goście, cieszę się niezmiernie, że nareszcie na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia pojawił się temat medycyny rodzinnej, tak bardzo niepopularny z różnych względów. Jest to właściwie jedyny pion ochrony zdrowia w Polsce, który – tak naprawdę – dobrze funkcjonuje, w którym pacjent wybiera lekarza, a środki idą za pacjentem. Nie ma żadnego innego, bo w specjalistyce pacjent wybiera miejsce, gdzie jest limit – przynajmniej w dużej części. Podobnie jest, jeśli chodzi o kwestie szpitalnictwa. Już nie wspominam o innych pionach, typu leczenie sanatoryjne itd.

Dlaczego mamy problem z tym, że młodzi lekarze nie chcą się specjalizować w medycynie rodzinnej? Jest to w dużej części winna środowiska medycznego – trzeba się uderzyć w piersi – i środowiska decyzyjnego, a więc politycznego. Dlaczego medycznego? Bardzo często krążą mity, również wśród naszych kolegów mieniących się specjalistami – a przecież my też jesteśmy specjalistami najczęściej dwóch lub trzech specjalności – że lekarz pierwszego kontaktu, to… – tu zaczyna się informacja na temat tego, jak jest niekompetentny, jak chce zarabiać na pacjencie. Są to ciężko pracujące osoby, w dużej mierze pasjonaci, w związku z tym nie można się dziwić temu, że młodzież kształcąca się na wydziałach lekarskich, której jest coraz mniej, woli wybierać specjalności spektakularne. Przecież teraz lepiej być kardiologiem, onkologiem czy endokrynologiem, bo o tym się mówi. To jest prestiż zawodowy, a lekarz rodzinny… Proszę państwa, przecież tu, na tej sali słyszeliśmy sformułowanie, że to lekarz pierwszego kontaktu jest winny tego, że w Polsce są nowotwory. W związku z tym, nie ma się czemu dziwić, że tak właśnie to funkcjonuje. Musimy zmienić mentalność, zarówno w środowiskach decyzyjnych, jak i w środowisku kolegów.

Oczywiście nie można powiedzieć, że nie widzimy belki we własnym oku. Zdarzają się różnego rodzaju sytuacje, ale – jak w każdej dziedzinie, nie tylko w ochronie zdrowia – są lekarze bardzo dobrzy, pasjonujący się swoim zawodem, tym co robią, ale są i tacy, którzy traktują to inaczej – tak bywa w każdej dziedzinie. Wiadome jest, że jeżeli nie będzie dobrze rozwiniętego systemu lekarza rodzinnego, który tak naprawdę jest osią systemu, ochrona zdrowia w Polsce będzie kuleć – zdrowia, nie choroby, bo ten mit też jeszcze często pokutuje. Musimy chronić zdrowie społeczne i lekarz rodzinny jest jego strażnikiem, musimy robić wszystko, żeby wzmocnić jego pozycję.

Myślę, że to, że dzisiaj odbywa się posiedzenie Komisji na ten temat, że jest przedstawiona informacja, to jest początek czegoś dobrego, co się będzie dziać wspólnie – i poprzez Komisję Zdrowia, i poprzez Ministerstwo Zdrowia, oczywiście przy współpracy państwa, lekarzy rodzinnych i tych wszystkich, którym opieka lekarza rodzinnego leży na sercu.

Jeszcze drobna dygresja, a propos projektu olkuskiego. To jest trochę nasz projekt – siedzi tu pan prof. Niżankowski. Współtworzyliśmy ten projekt od początku i pilotujemy go, aby był wdrożony do realizacji. Nie jest tak, że tam rola lekarza rodzinnego jest marginalizowana. Tam prewentorium ma współdziałać głównie z lekarzami rodzinny-

mi. Dzisiaj ten projekt jeszcze nie ma finansowania zewnętrznego, ale on już żyje – jest jedyny z tych projektów, które już żyją i funkcjonują. Wspólnie z samorządowcami terytorialnymi zaczęliśmy wprowadzać projekty, na przykład szczepień profilaktycznych, szkoleń profilaktycznych. Nie mówię, że jest on najdoskonalszy, bo może są lepsze, ale wdrożenie tych projektów, o których była mowa – jest jeszcze trzy projekty tego typu w Polsce – może spowoduje, że jeśli mówimy o zdrowiu publicznym, to przyjmie ono taki model, że naprawdę będziemy dbać o zdrowie, a nie ciągle o medycynę naprawczą, której oczywiście jesteśmy niezbędnym filarem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Okrągły, proszę bardzo.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo się cieszę, że jest to posiedzenie, że podjęty został ten temat. Większość rzeczy, o których chciałam powiedzieć, zostało już powiedziane, ale wydaje mi się, że znajdujemy się w takim punkcie, w którym należy wrócić do założeń, które stały u podstawy tworzenia medycyny rodzinnej – że lekarz opieki podstawowej powinien zajmować się zdrowiem, zabezpieczeniem przed chorobą, koordynacją wszystkich działań leczniczych nad pacjentem, edukacją i profilaktyką.

Jestem z tego pokolenia, które uwierzyło w 1998 r., że coś się zmieni i od 1999 r. przeszłam do tak zwanej opieki podstawowej. Nie jestem lekarzem rodzinnym, jestem lekarzem internistą. Muszę powiedzieć, że przez te lata zmieniło się nastawienie – zmniejszył się optymizm środowiska, działania środowiska zostały ograniczone. Na początku mieliśmy zdecydowanie większe możliwości, większe pole działania, lepszy kontakt z pacjentem i większy szacunek w społeczeństwie. W tej chwili prestiż lekarza rodzinnego podupadł.

Koleżanka mówiła, jakie były tego przyczyny. W tej chwili lekarz pracujący w opiece podstawowej jest przede wszystkim w moim wieku albo trochę starszy – nie ma młodych. Jest zmęczony, wypalony i czuje, że jest lekarzem drugiej kategorii. Jak to zmienić? Dojrzeliśmy do tego – musimy ten system zmienić, żeby z powrotem postawić tę piramidę na podstawie. Co mnie przeraża? Jestem z Opolszczyzny, gdzie wydawałoby się, że sytuacja kadrowa w opiece podstawowej jest tragiczna, natomiast analizując dane przedstawione przez ministerstwo wydaje mi się, że zdecydowanie gorzej jest w Wielkopolsce, bo patrząc na dane statystyczne, okazuje się, że w Wielkopolsce, w lubuskim, dużych praktyk powyżej 2,5 tys. podopiecznych jest powyżej 30%, a my mówimy o ograniczeniu liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza, żeby mógł się zająć profilaktyką i koordynacją. Dołóżmy do tego, że na pewno część lekarzy jest w wieku 50 lat. W lubuskim, wielkopolskim i mazowieckim tego typu praktyki stanowią 25%. To jest zadanie dla ministerstwa – jakie działania należy podjąć, żeby zwiększyć kształcenie i zainteresowanie podjęciem tej pracy? Pan prezes mówił, między innymi, że jest to specjalizacja, która właściwie zamyka drogę dalej. Czy zmienić ten system na system modułowy? Wszystko jest przed nami.

Coraz bardziej ogranicza się nam kompetencje. Chcemy mieć kompetencje – chcemy mieć odpowiedzialność. Naprawdę lekarz opieki podstawowej może bardzo dużo. Były tu przedstawione dane, że zmniejsza się śmiertelność, gdy jest więcej lekarzy opieki podstawowej, czy lekarzy rodzinnych zajmujących się społeczeństwem. Patrzmy też na to. Stoimy przed ważnym problemem, który wydaje się, że dojrzał do rozwiązania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan profesor, proszę uprzejmie.

Przedstawiciel Oddziału Angiologii i Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie prof. Rafał Niżankowski:

Rafał Niżankowski. Nie jestem lekarzem rodzinnym, jestem specjalistą zajmującym się chorobami naczyń, ale oczywiście jestem związany z problemem opieki lekarza rodzinnego od samego początku. Myślę, że odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się dzieje, dlaczego mamy erozję tego systemu, spadek optymizmu, jest dość prosta. Nie mamy

dobrych regulacji. Nie mamy dobrego systemu. Co więcej, polityka NFZ przez ostatnie lata kierowała cały system w stronę procedur. Najważniejsze są procedury – wykonać procedurę.

Posługujemy się absurdalnym terminem „opiek podstawowa", tak jakby istniała jakaś inna opieka. Proszę państwa, nie ma innej opieki, są procedury. Potrzebujemy w tej chwili powrócić do podstaw, do pryncypium medycyny rodzinnej, żeby pacjent miał opiekuna,

Na Zachodzie, w wielu krajach jest tak, że w historii szpitalnej jest miejsce na nazwisko pacjenta, a obok jest miejsce na nazwisko lekarza-opiekuna, jego lekarza rodzinnego, żeby było wiadomo, z kim się kontaktować w wypadku problemów z tym pacjentem. U nas nie ma czegoś takiego.

W wielu krajach jest tak, że wypisując pacjenta ze szpitala pisze się list do lekarza rodzinnego. U nas pisze się kartę informacyjną, która jest adresowana do nikogo – chyba do tego biednego chorego, który nie wie, jak tę kartę czytać, co z tym zrobić i nosi ją ze sobą wymiętą.

Prestiż jest oczywiście podstawowym elementem, który może budować zainteresowanie specjalnością, ale nie może mieć prestiżu lekarz, który coraz bardziej upodabnia się do lekarza rejonowego, który jest pchany do tego, żeby wysyłać pacjenta po zaświadczenia do specjalisty, a sam jest po to, żeby skierowania do specjalisty produkować. Potrzebny jest pewien dokument, który pokazywałby, jakie są kluczowe miejsca do poprawy. Myślę, że mamy przykłady takich środowisk. Na przykład anestezjolodzy wywalczyli sobie rozporządzenie, które w detalach reguluje, co mają mieć zapewnione. Jeżeli anestezjolodzy mogą dostać takie rozporządzenie, to dlaczego medycyna rodzinna nie może dostać takiego, które określałoby, czym się ma zajmować i gdzie są jej granice.

Pan dr Tomasik wspominał o tym, że na początku kontraktował usługi w zakresie położnictwa i ginekologii. Czy to jest część medycyny rodzinnej, czy nie? Gdy zaczyna się dyskusja na temat medycyny rodzinnej, to większość moich kolegów lekarzy stuka się w głowę mówiąc, że przecież tylko ginekologia może się zajmować kobietą w ciąży. Jest to kwestia dotarcia do świadomości naszych kolegów lekarzy z informacją, czym właściwie jest medycyna rodzinna. Myślę, że podstawowym elementem tego byłaby regulacja, która wskazywałaby granice medycyny rodzinnej, żeby niektórzy nie mówili, że jest to odmiana interny albo pediatrii.

Zasadniczą rzeczą jest to, żebyśmy powrócili do określenia punktów strategicznych. Punkty te z jednej strony leżą w rękach ministra – myślę, że nawet nie na poziomie ustawy a rozporządzenia. Punktem strategicznym jest też finansowanie przez NFZ – być może teraz, przy zmianie kierownictwa NFZ, takie zmiany w finansowaniu opieki podstawowej byłyby możliwe, żeby zachęcały do kooperacji między specjalistami a medycyną rodzinną, a nie tworzyły systemu, w którym pacjent jest pozbawiony opieki, wsparcia. Wypisujemy pacjenta do domu – nie przekazujemy do dalszej opieki, tylko wypisujemy go do domu, niech sobie robi, co chce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie, pani przewodnicząc, a później pan. Proszę starać się mówić zwięźle.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Bożena Janicka – Kolegium Lekarzy Rodzinnych, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, które szczególnie występuje w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej.

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo posłowie i zaproszeni goście, zapadł na tej sali ciężki klimat. Pan przewodniczący wie, że jestem entuzjastką medycyny rodzinnej, która w Polsce jest. Po pierwsze, pan minister powiedział – przypomnę – że w podstawowej opiece w roku 2011 udzielono ponad 145 mln porad lekarskich, ponad 5 mln szczepień – mam dane – ponad 2 mln patronaży i bilansów i setki milionów pozostałych świadczeń pielęgniarskich, położniczych, higieny szkolnej, abstrahuję od pomocy nocnej, bo stanowisko w tej sprawie jest trochę inne. Podstawowa opieka zdrowotna z lekarzem rodzinny w Polsce jest. Od kilku lat jesteśmy świadkiem tego, że spycha się ją z priorytetu, ale nie jest tak, że POZ nie ma. Bo gdzie pacjenci się leczą?

Chcę powiedzieć o konkretnych rozwiązaniach, które są nam potrzebne. Bardzo dziękuję, pani poseł, za zabranie głosu na temat spraw POZ. Młodzież też jest entuzjastą POZ i medycyny rodzinnej. Powiem, że to nie sztuka wyciągną drugi dyplom – tak jak pani poseł powiedziała – bo też go mam i mogę być specjalistą pediatrii II stopnia, ale nie o to chodzi. Młodzi, którzy połkną bakcyla podstawowej opieki zdrowotnej – a mam w domu takiego i mam nadzieję, że wyhoduję mojego następcę medycyny rodzinnej – widzą, czy się to różni od wąskiej specjalizacji. Ja leczę – mam nadzieję, że moja córka też będzie leczyć – człowieka, pacjenta, a nie oko czy ucho. Z całym szacunkiem, specjaliści są potrzebni, ale podstawowa opieka zdrowotna w każdym systemie jest jego podstawą. Politycy muszą o tym wiedzieć, że na bezpieczeństwo ochrony zdrowia składają się dwa piony – podstawowa opieka zdrowotna i ratownictwo lub pomoc doraźna. Pozostałe są tylko przedłużeniem tych dwóch. Tam pacjent bywa gościem, jest wypisywany i wraca do nas. Młodych faktycznie trzeba zapoznać z medycyną rodzinną. W związku z tym apeluję o zmianę systemu szkolenia.

Następna sprawa. Oczywiście muszą iść za tym pewne priorytety dla tej młodzieży, dla tej dziedziny, żeby młodzi mieli chęć do tej pracy, do nauczenia się pięćdziesięciu książek na egzamin, a nie jednej czy dwóch, bo medycyna rodzinna jest specjalizacją obejmującą całego człowieka. Tam jest wszystko przez internę, pediatrię, neurologię, ale taka ma być podstawa systemu.

Oczywiście – co było tu powiedziane – nie można im zamykać drogi do dalszego kształcenia. To jest obecnie podstawowy problem, który jest podnoszony na uczelni mojej córki – może bym poszedł na tę specjalizację, ale już więcej nic nie będę móc robić. Trzeba się na tym zastanowić. Czyli dla młodzieży – system kształcenia i priorytety postawione na medycynę rodzinną. Ponoć mamy 10 tys. lekarzy rodzinnych. Nie potrzeba nam, panie ministrze, następnych 10 tys., bo potrzeba nam 20 tys., po to, żebyśmy mogli zrobić to wszystko, o czym państwo mówili. Liczba deklaracji nie powinna przekroczyć 1500 osób na głowę, bo potem można tylko otworzyć worek na oczekiwania i roszczenia wobec lekarza rodzinnego, natomiast ten lekarz rodzinny nie może się tym zająć. Nie ma mowy o profilaktyce, robi się to, co wynika z przymusu, dlatego że zajmujemy się bardzo szeroką medycyną naprawczą. Tyle, jeśli chodzi o szkolenie.

Następny problem. Wiemy, że lekarza nie wyedukujemy w ciągu roku czy dwóch. W przypadku specjalisty medycyny rodzinnej, który – co podkreślam – staje na pierwszej linii frontu – nie jest tak, że się na pacjenta popatrzy i zrobi pięć badań. Jest tak, że pacjent wchodzi i w ciągu pięciu– dziesięciu minut, albo otrzymuje skierowanie gdzieś dalej, albo stawia się diagnozę. Dlatego, aby wypuścić spod skrzydeł takiego lekarza, potrzeba 6 lat studiów i przynajmniej 4-5 lat doszkolenia.

Co my już widzimy? Pani poseł Okrągły mówiła o Wielkopolsce, odnośnie do niżu. Niestety, średnia wieku polskich lekarzy w medycynie rodzinnej sięga już 60 lat. Jestem z tego województwa. Mamy tak wielu pacjentów przypadających na głowę, że średnia wieku lekarza w Wielkopolsce sięga 64 lat. Licząc uchwalony okres pracy, prawdopodobnie za 3 lata nikt już nie będzie pracować albo zostanie jeden lekarz. Mamy lukę pokoleniową, którą musimy szybko zapełnić. Dlaczego tu, w POZ? Dlatego, że tu pacjent ma być objęty dużo szerszym zakresem badań i działań, niż te, które są podejmowane teraz. To jest drugi aspekt sprawy. To zmieniło się w ostatnich latach. Chodzi o ograniczanie naszych kompetencji i obieranie nam części zadań. W związku z tym apeluję – proszę się zastanawiać nad zmianą formy finansowania i pójściem w świadczenia jednostkowe, bo mamy bardzo złe doświadczenia, jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Podwojono, czy nawet potrojono środki finansowe, natomiast kolejki nie skróciły się nawet o jeden miesiąc. Śmiem twierdzić, że przeciwnie, wydłużyły się kolejki, bo taki system – niezależnie od tego, czy są jednorodne grupy i jak się one potem dzielą – sprzyja ich wydłużaniu, dlatego że zamknięcie kolejki nie leży w niczyim interesie, bo za to są pieniądze. Za to może będą płacone nadwykonania. To jest system, który rodzi wiele problemów. Dlatego trzeba wrócić do korzeni. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz medycyny rodzinnej ma być uzbrojony w dodatkowy oręż, którym ma być nie tylko ta diagnostyka, którą dysponuje, ale rozszerzona diagnostyka, która spowoduje skrócenie kolejki u specjalisty. Najprostszy przykład – mam nadzieję, że rozmowy na

ten temat dalej się potoczą – przywrócenie do POZ wykonania dalszej diagnostyki kardiologicznej: próby wysiłkowej, echa serca, holtera, USG tarczycy, żeby pacjent mógł być leczony tu i nie szedł na konsultację po wykonanie echa. To są konkretne rzeczy.

Następna sprawa – przywrócenie badań kosztochłonnych. My jesteśmy w stanie ocenić pacjenta. Jeśli potrzebujemy badania tomograficznego, to nie powinien być to powód wysłania pacjenta do neurologa. Powinien to robić lekarz rodzinny. Oczywiście musi się to wiązać ze środkami finansowymi. Powiem tak – najbezpieczniej jest finansować kapitacyjnie, ale inne formy też są do rozpatrzenia. Lekarz POZ musi być obudowany w tym zakresie. Przez ostatnie lata zabierano nam badania kosztochłonne, ograniczano zakres i zrobiono jeszcze jedno – rozszczelniono całkowicie system, o czym nikt tu nie mówi. Dzisiaj pacjent ze szpitala nie wraca do POZ, on nie wraca nawet do swojego środowiska. Trafia do poradni specjalistycznych, bo dostaje 2-5 skierowań na dalsze leczenie, ale nie u lekarza POZ. Rozszczelniono system – lekarz POZ często po jakimś czasie dowiaduje się, że pacjent gdzieś w systemie się „obija", co przede wszystkim szkodzi pacjentowi, bo pacjent nie ma koordynacji lekowej, co jest najbardziej niebezpieczne. Pacjent nie ma świadomości konsekwencji zażywanych leków. Dlatego do POZ powinna wrócić koordynacja, zamknięcie rozszczelnionych części systemu. Lekarz POZ potrafi dokończyć leczenie zapalenia płuc, potrafi poprowadzić następną chorobę, jeśli uzna, że pacjenta ma wysłać dalej, zdąży to zrobić.

To jest następny apel do państwa, do ministerstwa i do Narodowego Funduszu Zdrowia – aktualnie bolączką POZ jest brak możliwości tak zwanej szybkiej konsultacji. Swego czasu nazwaliśmy to krótką ścieżką AOS w POZ, żeby lekarz POZ miał również środki finansowe na tak zwaną krótką konsultację na telefon. Jestem z tego województwa, gdzie to było. W 1992 r. w kontraktach z wojewodą takie świadczenia robiliśmy. To lekarz decydował, ile potrzebuje porad chirurgicznych, urologicznych, zapraszał pacjenta, wskazywał termin i pacjent otrzymywał to świadczenie u nas, w przychodniach, gdzie specjaliści przyjeżdżali. Wróćmy do krótkiej ścieżki, bo podwajanie pieniędzy w AOS nie skróciło kolejek, a co więcej, uniemożliwia nam diagnostykę, bo jeżeli mam miejsce w kolejce do kardiologia za pół roku, to jest to bez sensu.

Pozwolę sobie jeszcze powiedzieć o spawach finansowych. Nakłady na podstawową opiekę zdrowotną, żeby ona funkcjonowała, muszą wrócić do poziomu z roku 1999. Średnio w Polsce było to 16-17%. Jestem z województwa, gdzie było 20,1%. Takie były nakłady na podstawową opiekę zdrowotną w Wielkopolsce. Po to, żeby można było doposażyć praktyki, zatrudniać lekarzy, personel i zabezpieczyć świadczenia.

Na zakończenie rzecz, która jest wyzwaniem nie tylko dla podstawowej opieki zdrowotnej, ale również dla polityków i rządzących. W najbliższych latach wszyscy zderzymy się z tym problemem, a najbardziej podstawowa opieka zdrowotna. Nazywa się ten problem bardzo ładnie – polityka senioralna. Proszę państwa, 90-95% świadczeń dla osób starszych, niedołężnych realizuje POZ. Trzeba przeorganizować ten system, żeby pacjent nie trafiał do szpitala, bo w Polsce nie ma praktycznie szpitali geriatrycznych. To jest problem POZ. To jest wyzwanie dla nas na najbliższe lata. Ostatnie dane pokazują, że w 2030 r. nasze społeczeństwo bardzo się zestarzeje – 2,2 mln Polaków zniknie, a średnia wieku starszej populacji zdecydowanie wzrośnie.

Tak więc, z jednej strony musimy myśleć o tym, żeby w ogóle miał kto leczy Polaków, bo my w pewnym momencie wymrzemy – już jest wiele ośrodków zdrowia w Wielkopolsce, które już stoją puste, bo nie ma możliwości znalezienia kadry – a z drugiej strony, żeby móc bezpiecznie leczyć pacjentów. Przygotowaliśmy ulotkę dotyczącą polityki senioralnej, dlatego że to tu powinna być skoncentrowana dbałość o naszych seniorów, żeby byli w dobrej kondycji, w dobrym zdrowiu i byli zaopatrywani w POZ. To są wyzwania, które już musimy podjąć. Tego nie zrobi szpital ani – z całym szacunkiem – AOS. Nikt nie jest w stanie tego zabezpieczyć. Dlatego podstawowa opieka zdrowotna jest jedynym lekarstwem na każdy system ochrony zdrowia, szczególnie, gdy środków finansowych jest zdecydowanie za mało. Na to trzeba postawić – na konkretne rozwiązania.

Panie ministrze, jesteśmy gotowi do rozmów. Bardzo chętnie się zgłaszamy. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, żeby mówić trochę krócej. Proszę państwa, jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia, proponowałbym, żebyśmy mówili na temat.

Pani przewodnicząca, nie trzeba wykorzystywać lekarzy szpitalników przeciw POZ, bo ochrona zdrowia jest jedna. To jest jasna sprawa.

Mam trochę inne odczucie, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, bo ja medycyny rodzinnej w Polsce nie widzę. Taki jest mój punkt widzenia. Niestety, udało się ją wyeliminować. Problem nie polega tylko na tym, że nie ma chętnych do tej specjalizacji, ale również na tym, że nie ma dla nich miejsc pracy. Konia z rzędem temu, kto pokaże, że jakiś młody człowiek otworzył dzisiaj praktykę. Skutecznie zabetonowaliśmy system. Nikt nie zbierze 2 tys. deklaracji. Muszę pani powiedzieć, pani przewodnicząca – pani poseł też o tym mówiła – niech ktoś spróbuje w rejonie Olkusza otworzyć nową specjalizację w medycynie rodzinnej. Mam kilkadziesiąt różnego rodzaju interwencji w tym zakresie – młodym ludziom to uniemożliwiono, ponieważ system jest zabetonowany. Jest to prawda, a to, że są wyjątki, to bardzo dobrze, ale taka jest reguła.

Proszę, pan poseł Hoc, potem pan i jeszcze chciała zabrać głos pani poseł Okrągły. Czy tak?

Poseł Janina Okrągły (PO):

Ja tylko *ad vocem*.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Muszę powiedzieć, że na Opolszczyźnie też mamy przychodnie wiejskie, które są zamykane tylko z tego powodu, że brakuje chętnych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Mówię o czymś innym. Czy ktoś jest w stanie zebrać deklaracje, bo ludzie są straszliwie zmęczeni. Jeśli mają coś podpisać, to jest to dla nich coś niedobrego.

Poseł Janina Okrągły (PO):

W tym środowisku są w stanie zebrać.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dobrze, dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Hoc, a później pan doktor.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, koleżanki i koledzy – mogę tak się do państwa zwrócić, bo oprócz tego, że jestem specjalistą endokrynologii i interny, mam też specjalizację lekarza rodzinnego.

Chciałbym na wstępie serdecznie pogratulować i podziękować za to, że jesteście już 20 lat, że mieliście odwagę i pomysł, że stworzyliście medycynę rodzinną i za to, że trwacie mimo tego, że w tym okresie były wzloty i upadki, lepsze i gorsze dni dla medycyny rodzinnej, a teraz jest tak, jak wynika z tej dyskusji. To prawda, że wszyscy powinniśmy być entuzjastami, bo tak naprawdę każdy z nas wie, że podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem systemu ochrony zdrowia. Nie ma dobrego systemu ochrony zdrowia bez dobrej opieki podstawowej. To jest fundament, to jest podstawa piramidy świadczeń zdrowotnych i systemu ochrony zdrowia. Każdy z nas powinien być entuzjastą tej medycyny i podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednak, proszę państwa, jest też tak, że medycyna – jak tu słyszeliśmy i widzieliśmy – ma swoje immanentne cechy, takie jak wszechstronność, opieka całościowa, skoordynowana opieka i opieka ciągła. Medycyna rodzinna nie zna pojęcia wykluczeń. Nie ma w niej wykluczenia ze względu na wiek, płeć i rodzaj choroby, ale wydaje się, że wszyscy pozwoliliśmy na to, że pewne cechy sama z siebie wyeliminowała i przez to straciła swoje korzenie, początkowe idee. Proszę państwa, jeśli mówimy o koordynacji, o skoordynowanej opiece medycyny rodzinnej, to sami pozwoliliśmy na to, żeby ona został podzielona na lekarza, pielęgniarkę i położną. Tu już nie ma pełnej koordynacji. Co więcej, wykluczyliśmy jej najważniejszą cechę – ciągłość. Wszyscy przyzwoliliśmy na

to. Rząd wsłuchał się w głos lekarzy rodzinnych i zabraliśmy wam opiekę w godzinach 18.00– 8.00, w związku z czym teraz jest tak zwana opieka nocna i świąteczna. To wy prosiliście o to, ale przez to, tak naprawdę, pozbawiliście się ciągłości, a więc immanentnej cechy charakteryzującej lekarza rodzinnego. Nie ma już ciągłości medycyny rodzinnej, nie ma już skoordynowanej medycyny rodzinnej. Jak możemy odzyskać prestiż, jak możemy tę medycynę entuzjastycznie witać w perspektywie, jeżeli sami pozbawiamy się pewnych bardzo ważnych jej cech. To tak, jakbyśmy z dekalogu wyciągnęli 2-3 przykazania, bo one nam nie pasują. Zatem przyzwoliliśmy na ten zakres w medycynie rodzinnej. Mam taką przykrą konstatację, że wszyscy po trosze jesteśmy winni temu, że teraz nie ma pędu do tej medycyny. Pamiętam, że jeszcze kilka lat temu młodzi lekarze pytali się, jak zdobyć specjalizację w medycynie rodzinnej.

Mam ten przywilej, że pochodzę z województwa zachodniopomorskiego, gdzie medycyna rodzinna naprawdę stoi na wysokim poziomie. Piękne ukłony w stronę mojej koleżanki Wiesi Fabian, która jest szefem zachodniopomorskich lekarzy rodzinnych. Tam jest prestiż medycyny rodzinnej. Tam medycyna rodzinna naprawdę się rozwija i działa. W innych częściach Polski nie jest tak pięknie.

Wiem, że dzisiaj nie czas na to, żebyśmy proponowali rozwiązania i priorytety, ale powiem, że rzeczywiście trzeba wrócić do korzeni – co już tu podkreślano. Na pewno trzeba wprowadzić finansowanie za usługi, bo wszyscy odnoszą takie wrażenie, a szczególnie samorządowcy – burmistrzowie, prezydenci, wójtowie – że lekarz rodzinny mało zleca badań, co jest nieprawdą. Lekarz rodzinny bardzo ciężko pracuje. Mogę wam powiedzieć szczerze i obiektywnie, że to lekarz rodzinny ponosi największą odpowiedzialność, największe ryzyko. Nie ten lekarz, który przyjmuje na izbie przyjęć w szpitalu, który ma dziesiątki dodatkowych badań, dziesiątki konsultacji i podejmuje pewne decyzje. To lekarz rodzinny ponosi odpowiedzialność. To na lekarzu rodzinnym ciąży wielka odpowiedzialność, bo w krótkim badaniu musi prawidłowo zdiagnozować i ocenić sytuację, czy diagnostyka jest pilna, czy pewne działania można odroczyć. Podziwiam lekarzy rodzinnych – *chapeau bas!* – wiem, że to jest trudna działalność, aczkolwiek mam cichą pretensję, że zamiast żądać usprawnienia tego systemu, pozwoliliście na wykluczenie ważnych elementów medycyny rodzinnej i wyciągnięcie z gestii tego adwokata, *gatekeepera*, czyli strażnika bramy, bardzo istotne działania. To właśnie mogło obniżyć rangę tej medycyny i zmniejszyć ciąg do tej specjalizacji.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję i gratuluję, że jeszcze trwacie. Trwajcie! My z entuzjazmem i wielką przychylnością zawsze będziemy słuchać waszych wskazań czy postulatów. Myślę, że wspólnie wypracujemy to, że medycyna rodzinna wskoczy na właściwe tory, a to rozwiązanie będzie perspektywiczne i trwałe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, panie doktorze. Proszę się przedstawić do protokołu.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Adam Windak:

Nazywam się Adam Windak. Jestem kierownikiem Zakładu Medycyny Rodzinnej w Uniwersytecie Jagiellońskim, a od dwóch miesięcy także konsultantem krajowym w tej dziedzinie. W tym gmachu byłem 20 lat temu, kiedy było zakładane Kolegium Lekarzy Rodzinnych i właściwie od początku uczestniczyłem w budowie tego systemu. Myślę, że po tych 20 latach, które minęły, najwyższy czas podjąć dyskusję. Bardzo się cieszę, że pan przewodniczący i szanowni państwo posłowie z taką troską wyrażają się o medycynie rodzinnej.

Chciałbym powiedzieć, że przez te 20 lat zrozumiałem, oprócz tego, że uczę medycyny rodzinnej i prawie codziennie pracuję z pacjentami w gabinecie lekarza rodzinnego, że medycyna rodzinna jest pożądanym i najlepszym rozwiązaniem dla całego systemu ochrony zdrowia. Ale jeżeli tak dzieje się rzeczywiście, jeżeli wszyscy zgadzamy się z tą opinią, to myślę, że przede wszystkim obowiązkiem władzy publicznej, w tym resortu zdrowia, a także parlamentu, jest wspieranie medycyny rodzinnej, stworzenie przyjaznego, pozytywnego wizerunku tej medycyny. Bez niego nie będziemy mieć entuzjastycznych młodych kandydatów do zawodu lekarza rodzinnego.

Musimy przyjąć także za prawdę oczywistą, że w medycynie rodzinnej dochodzi do napięć. Czy tego chcemy, czy nie, w medycynie w ogóle, w obszarze świadczeń zdrowotnych, w systemie ochrony zdrowia, dochodzi do pewnego rodzaju napięć, gry interesów. Młodzi lekarze i studenci medycyny, którzy chcą zostać lekarzami rodzinnymi, stają przed dylematem, czy nie lepiej zostać wąskimi specjalistami, bo wtedy będą mieć lepsze perspektywy rozwoju itd. Myślę, że we wszystkim jest trochę prawdy, natomiast interes publiczny polega na tym, że jeżeli będziemy mieć dobrych lekarzy rodzinnych, którzy pomogą nam opanować system podstawowej opieki zdrowotnej, *ergo* utrzymać pacjenta jakby dalej od specjalistycznej i wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej, tym lepiej. Jeżeli tak, to wszyscy musimy wspólnie pracować nad budową pozytywnego, przyjaznego wizerunku lekarz rodzinnego.

Gdyby te słowa, które padały na tej sali, z ust pań posłanek i panów posłów, były słyszane publicznie, prawdopodobnie niejeden młody lekarz, absolwent studiów medycznych zastanowiłby się, czy nie wybrać medycyny rodzinnej. To dzieje się bardzo rzadko. Częściej otwieramy gazetę i czytamy wypowiedzi prominentnych przedstawicieli świata medycznego, że medycyna rodzinna być może już się zdewaluowała i tak naprawdę już nie ma o czym mówić.

Nie chcę poruszać tematów, o których już mówili przedmówcy, bo większość wybrzmiałych tu słów ma znaczenie zasadnicze. Można się z nimi zgodzić, a odnośnie do niektórych rozwiązań podjąć dyskusję, ale myślę, że najważniejsze jest to, abyśmy tę dyskusję podjęli i próbowali wypracować jakieś stanowisko, które powinno zostać zapisane w formie oficjalnych dokumentów. Pamiętam, że kilkanaście lat temu powstawały takie dokumenty strategiczne, które pokazywały rozwój medycyny rodzinnej. Były one przyjmowane na poziomie resortu zdrowia przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. Kilkanaście lat temu medycyna rodzinna został puszczona na szerokie wody, a najczęściej na łaskę i niełaskę regulacji prezesa NFZ, bo to jego instrukcje wywierały najmocniejszy wpływ na to, w jaki sposób lekarze rodzinni funkcjonują.

Mam nadzieję, że dzisiejsze spotkanie jest krokiem w kierunku poważnej dyskusji na temat medycyny rodzinnej i próby wypracowania takich rozwiązań, które pozwolą młodym lekarzom wybierać tę specjalizację i doprowadzić do szczęśliwego końca tę, rozpoczętą 20 lat temu, istotną reformę ochrony zdrowia. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Lista mówców została wyczerpana. Dziękuję za te wszystkie głosy. Myślę, że będziemy zmierzać do końca. Trudno będzie dzisiaj przyjąć jakąś rezolucję, bo Sejm jest jednak emanacją polityki, a w związku z tym, różnego rodzaju stanowisk, więc taką rezolucję lub dezyderat zawsze trzeba przygotować. Spróbuję tylko podsumować.

Chciałbym podziękować wszystkim, którzy zabierali głos. Rozumiem, że mamy bardzo ważne spostrzeżenia. Jeżeli prawdą jest, że medycyna rodzinna – podstawowa opieka zdrowotna, taki dziwny neologizm – jest fundamentem dobrego systemu opieki zdrowotnej, to – biorąc pod uwagę to, jak Polacy oceniają system opieki zdrowotnej – możemy stwierdzić, że medycyna rodzinna nie stanęła na wysokości zadania. Być może jest to teza nieuprawniona – i tak myślę – ale polskie społeczeństwo nie jest zafascynowane jakością polskiego systemu opieki zdrowotnej. To po pierwsze.

Druga sprawa. 20 lat medycyny rodzinnej w Polsce – to jest wiek dojrzały. Dostali państwo dowód osobisty i teraz już wszystkie decyzje należy podejmować jako osoba dojrzała. Koniec kwękania czy narzekania, trzeba brać na siebie odpowiedzialność.

Rozumiem, że dotyczy to wielu rzeczy – od finansowania po dostępność, która jest dzisiaj zaburzona. W Warszawie, kolejka do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do lekarza rodzinnego. Na Opolszczyźnie jeszcze większa kolejka, bo nie ma lekarza rodzinnego. Ten lekarz jest gdzieś daleko. Nie ma rozważań o konkurencji albo współpracy, bo nadal przeważają głosy o konkurencji między AOS, szpitalami a medycyną rodzinną zamiast o tym, co powinno być wpisane w system opieki zdrowotnej, czyli skoordynowanej współpracy.

Jest pytanie, jak zachęcić młodych do tego, żeby chcieli się specjalizować w tym zakresie i zakładać zakłady opieki zdrowotnej – będę się posługiwać starą nomenklaturą

– właśnie z medycyną rodzinną. Pytanie, które pojawia się coraz częściej – jak odbiurokratyzować lekarz rodzinnego? Bo wydaje mi się – pan prezes Radziwiłł to podkreślał – że dzisiaj lekarz rodzinny jest od kolekcjonowania i segregowania kwitów – różnego rodzaju orzeczeń, konsultacji, skierować itd. Czy da się to odbiurokratyzować? Nie wiem. Sądzę, że te wszystkie postulaty zostaną spisane i przekażemy je na ręce pana ministra.

Panie ministrze, czy chciałby pan jeszcze powiedzieć kilka zdań? Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym bardzo serdecznie podziękować, bo dzisiejsze posiedzenie Komisji i spotkanie z państwem pokazuje i wytycza ministrowi zdrowia pewne kierunki dalszego rozwoju medycyny rodzinnej. Chciałbym podkreślić, że – tak jak tu mówiono – fundamentem systemu opieki zdrowotnej jest właśnie medycyna rodzinna. My chcemy ten system rozszerzać. Nie chcemy w żadnym wypadku ograniczać medycyny rodzinnej poprzez tworzenie innych wąskich specjalizacji.

Jesteśmy akurat w fazie opracowywania programów specjalizacyjnych i specjalizacji, bo uważamy, że jednak specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej – tak jak określa to dyrektywa unijna – powinna trwać 4 lata. Jest dyskusja w ministerstwie, czy ma to być jeden moduł, czy moduł internistyczny i pediatryczny. Uważamy – będziemy oczekiwać państwa opinii – że powinien to być jeden moduł podstawowy z zakresu medycyny rodzinnej – jeden moduł kształcenia. Tak jest w Unii Europejskiej.

Następna sprawa. Liczę na współpracę zarówno Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, jak i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zgłaszaliśmy się jako Ministerstwo Zdrowia z propozycją określenia maksymalnej liczby zapisanych pacjentów. Poza tym, będzie to wymagać pewnych zmian w rozporządzeniu, jeśli chodzi o koszyk świadczeń i sposoby finansowania. Poruszyliśmy tutaj sprawę finansowania i sprawę kształcenia, również bardzo istotną sprawę koordynacji lekarza rodzinnego w danym obszarze działania systemu. Dlatego też, nasz priorytet zmierza w kierunku rozwoju medycyny rodzinnej, a także podniesienia rangi lekarza rodzinnego. Kiedy ta ranga będzie wysoka, wówczas będą kandydaci do specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

Na zakończenie chciałbym państwu bardzo serdecznie podziękować. Liczę na współpracę, żeby opracować gradację potrzeb do załatwienia w zakresie medycyny rodzinnej, o których była tu dzisiaj mowa. Będziemy się starali to zrealizować.

Jeszcze raz chciałbym podkreślić, że medycyna rodzinna jest podstawą, głównym fundamentem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Będziemy to rozwijać, uwzględniając, między innymi, element polityki senioralnej, który poruszyła tu pani prezes. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim zamknę posiedzenie Komisji, jeszcze jedna prośba i dwa komunikaty.

Mam prośbę do prelegentów. Nie udało się nam zaplecze techniczne, ale jeśli byłyby dostępne slajdy z prelekcji, to bardzo prosiłbym o przesłanie ich na mój adres e-mailowy, po czym spróbujemy je rozesłać zainteresowanym posłom. Chodzi o to, żeby znalazły się w naszej poczcie elektronicznej. Rozumiem, że jest to możliwe. Bardzo dziękuję.

Następna sprawa – dwa komunikaty. Chciałbym, żeby na następne posiedzenie państwo posłowie przygotowali propozycje tematów pracy na przyszłe półrocze bieżącego roku w zakresie ogólnych spraw związanych z kompetencjami Komisji. Proszę również o tematy dotyczące kontroli jednostek opieki zdrowotnej i segmentów systemu opieki zdrowotnej przez Najwyższą Izbę Kontroli. Czekamy na te tematy do poniedziałku 8 lipca, do godziny 16:00. Byłoby dobre, żeby je państwo kierowali na adres sekretariatu Komisji Zdrowia. Dzięki temu, będzie nam łatwiej to skoordynować.

Drugi komunikat. Jeżeli ktoś chciałby zapoznać się z tym, co Najwyższa Izba Kontroli już skontrolowała, żeby nie powielać tematów, dysponujemy w Komisji Zdrowia zakresem tematycznym kontroli, które aktualnie prowadzi lub w ostatnim czasie prowadziła NIK. Nie powielajmy – twórzmy nowe fakty.

Zamykam posiedzenie Komisji.